



國軍臺中總醫院

經皮穿肝膽道及膽囊攝影引流術說明書

此說明書由病患
(或家屬)留存

這份說明書是有關您即將接受的醫療處置之效益、風險及替代方案的書面說明，可做為您與醫師討論時的補充資料。最重要的是我們希望您能充份瞭解資料的內容，所以請仔細閱讀；如果經醫師說明後您還有對這項醫療處置的任何疑問，請在簽名前再與您的醫師充分討論，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為了您的健康努力。

▼ 經皮穿肝膽道引流術簡介

由於膽汁因各種不同的原因而無法經由正常的排泄路徑排到腸道中，膽汁淤積產生黃膽、肝功能受損以及膽道相關的感染可能危及生命，因此需要以各種方式建立膽汁引流的通道。經皮穿肝膽道攝影及引流是其中一個方式，此處置會將引流管穿過皮膚經過肝臟到達肝內的膽管，來達到引流膽汁的目的。

▼ 檢查前注意事項

- 本檢查為侵入性檢查，故須採住院方式執行。
- 除了少量的水及必要的藥物以外，必須禁食四個小時以上。由於阻塞的膽汁有很高的比例是伴隨細菌感染，為了減低感染的可能性，必須先給予抗生素。大量的腹水及凝血功能異常需要能夠事先矯正，否則有極高的危險。
- 請先詳細閱讀本說明書及填寫【經皮穿肝膽道及膽囊攝影引流術同意書】及【注射對比劑同意書】。

▼ 檢查的過程注意事項

- 您需要平躺在檢查台上，並將右手放至頭上，當時間較久可能會造成您的不適，但仍需要您的配合。
- 腹部皮膚會消毒然後覆蓋消毒的布巾。首先會經由肌肉或靜脈給予止痛劑及在皮下注射局部麻醉劑，接著會在X光透視下或超音波引導下以細針穿刺膽管，然後注射X光對比劑來確定細針的位置。
- 為了穿刺到適合放引流管的膽管，此步驟可能會重複數次，接著會嘗試經由細針放入引線，當引線可以順利的沿著膽管進入，就會將細針置換成粗針來擴張要給引流管經過的路徑，同時會注入更多對比劑以看清楚膽管結構。隨之會換置較粗的引線並利用此引線擺入引流管，最後將引流管固定在皮膚表面並接上引流袋完成整個處置。若是引流管擺置後功能不佳或是有出血等併發症，可能會立刻重新調整或放置。
- 通常整個步驟需時40-60分鐘，但困難的情況可能花費兩個小時以上。當步驟進行到一半，若不能順利完成可能會導致嚴重的併發症，因此一旦您接受此項處置，需要您全程配合。
- 如果您已經有放置引流管，而需要進行調整，以上的各步驟可能可以省略。

▼檢查後注意事項

- 請隨時注意保持引流管的通暢，及注意排出物的量及顏色等，如發現有異，須立即請病房護理人員通知負責的醫師，儘快給予處理。
- 引流袋須固定於同側上身衣服，切勿固定於褲子或床沿，以免更衣或翻身時管子被拉扯出來。

▼手術效益

(經由此醫療處置，您可能獲得以下所列的效益，但醫師並不能保證您獲得任何一項；手術效益與風險性間的取捨，應由您決定。)

經由引流管的置入，可以將原本無法順利排入腸道的膽汁經由引流管排到體外或流入腸內，讓黃膽減輕且控制因膽汁淤積而造成的感染現象。某些造成膽汁淤積的原因，可以利用建立好的引流管路線進行處置，包括氣球擴張術及支架置放，但不是所有原因都適合。根據原因及可進行的處置不同，引流管留置的時間不定，甚至需永久留置。需長期留置的情況，醫護人員將會教導您如何照護引流管。

▼**可能造成之併發症** (沒有任何手術或醫療處置是完全沒有風險的，以下所列的風險已被認定，但是仍然可能有一些醫師無法預期的風險未列出。)

- 與此項處置相關的風險包含過程中及術後的疼痛、對比劑引起的不良反應及類過敏現象(包含腎功能損害、噁心、嘔吐、皮膚紅疹、呼吸困難、休克甚至死亡)、出血(包括內出血、膽道出血)(3-7%)、敗血症(3-5%)、膽管破裂或膽汁沿引流管滲漏造成腹膜炎(15-20%)、引流管脫落(10-20%)、肋膜穿刺引起肋膜積水或氣胸(1-5%)、其他內臟穿刺引起的出血或破裂 (<1%)。
- 有些併發症可能會需要其他的緊急處置，包括輸血、藥物及抗生素治療、心肺復甦術、胸管放置、引流管重新放置、其他的放射線治療、內視鏡治療或者開刀，嚴重的併發症可能會造成死亡(0.7-8%)。
- 由於造成膽管阻塞的原因不同、膽管結構複雜度以及疾病本身的進行，有的患者可能會需要多次的引流管調整或多條引流管的放置；即使如此仍然有部分患者無法藉由引流來改善黃膽症狀。
- 患者如有下列情形，則上述的併發症機率會比一般人高；年紀大、慢性內科疾病(如心臟病、高血壓、糖尿病、肝病、中風、慢性阻塞性肺病、肺結核等)、抽煙、酗酒。

▼替代方案

根據疾病的不同，可能有其他的處置可以進行，包括內視鏡逆行性引流或開刀，然而並不一定可行。如果您對於本處置有所疑慮，請與您的醫師妥善討論其他方式的可行性及相關風險。

國軍臺中總醫院

經皮穿肝膽道及膽囊攝影引流術 (PTC、PTCD、PTGBD) 同意書

*基本資料

病人姓名 _____

病人出生日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病人病歷號碼 _____

主治醫師姓名 _____

一、擬實施之檢查(處置、治療) (如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋)

1. 疾病名稱：

2. 建議檢查(處置、治療)名稱：

經皮穿肝膽道及膽囊攝影 (PTC) 經皮穿肝膽道及膽囊攝影引流術 (PTCD)

經皮穿肝膽囊攝影引流術 (PTGBD) 其他

3. 建議檢查(處置、治療)原因：

二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項檢查(處置、治療)之相關資訊，特別是下列事項：

需實施檢查(處置、治療)之原因、檢查(處置、治療)方式與範圍、檢查(處置、治療)之風險。

檢查(處置、治療)併發症及可能處理方式。

已確實告知注射對比劑可能發生之過敏反應。

有下列情形者，發生過敏的機率會明顯增加。

心、肺、血管疾病(心臟功能受損、高血壓、動脈硬化、肺氣腫)。肝硬化、肝功能不良者。腎臟功能不良、尿毒症者。氣喘患者。糖尿病超過五年以上。有過敏病史(包括曾注射『含碘質對比劑』引起反應，對食物及其他藥物、花粉或其他過敏原過敏者)。年紀較高且身體情況不良者(72歲以上)。年紀較小(2歲以下之嬰幼兒)。

如另有治療相關說明資料，我已交付病人。

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次檢查(處置、治療)的問題，並給予答覆：

(1)

(2)

(3)

主治醫師簽名：

日期： 年 月 日

時間： 時 分

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個檢查(處置、治療)的必要性、步驟、風險之相關資訊。
2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解檢查(處置、治療)可能預後情況和不進行檢查的風險。
3. 我瞭解在檢查(處置、治療)過程中，如果因檢查(處置、治療)之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
4. 我瞭解這個檢查(處置、治療)可能是目前最適當的選擇。

基於上述聲明，我同意進行此檢查(處置、治療)。

孕齡婦女聲明：醫師已明確告知我此項檢查對懷孕婦女及胎兒造成的風險。

簽名：_____

立同意書人簽名：

關係：病患之

住址：

電話：

日期： 年 月 日

時間： 時 分

見證人：

簽名：

日期： 年 月 日

時間： 時 分

附註：

一、立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。

二、見證人部分，如無見證人得免填載。

三、未成年者(未滿 20 歲)請由法定代理人簽具同意書

四、可能造成之併發症

1. 與此項處置相關的風險包含過程中及術後的疼痛、對比劑引起的不良反應及類過敏現象(包含腎功能損害、噁心、嘔吐、皮膚紅疹、呼吸困難、休克甚至死亡)、出血(包括內出血、膽道出血)(3-7%)、敗血症(3-5%)、膽管破裂或膽汁沿引流管滲漏造成腹膜炎(15-20%)、引流管脫落(10-20%)、肋膜穿刺引起肋膜積水或氣胸(1-5%)、其他內臟穿刺引起的出血或破裂(<1%)。
2. 有些併發症可能會需要其他的緊急處置，包括輸血、藥物及抗生素治療、心肺復甦術、胸管放置、引流管重新放置、其他的放射線治療、內視鏡治療或者開刀，嚴重的併發症可能會造成死亡(0.7-8%)。
3. 由於造成膽管阻塞的原因不同、膽管結構複雜度以及疾病本身的進行，有的患者可能會需要多次的引流管調整或多條引流管的放置；即使如此仍然有部分患者無法藉由引流來改善黃膽症狀。
4. 患者如有下列情形，則上述的併發症機率會比一般人高；年紀大、慢性內科疾病(如心臟病、高血壓、糖尿病、肝病、中風、慢性阻塞性肺病、肺結核等)、抽煙、酗酒。

五、替代方案：根據疾病的不同，可能有其他的處置可以進行，包括內視鏡逆行性引流或開刀，然而並不一定可行。如果您對於本處置有所疑慮，請與您的醫師妥善討論其他方式的可行性及相關風險。

國軍臺中總醫院放射科注射對比劑同意書

經動靜脈注入對比劑之各項檢查，乃利用對比劑對檢查部位之作用，以提高和加強受檢器官或病灶之顯現程度，達到診斷效果。傳統離子性含碘對比劑，少數受檢者對這種對比劑有過敏現象(產生過敏現象比例為 10%)，其症狀為噁心、嘔吐、皮膚出疹、發癢、少數嚴重反應者會發生休克甚至猝死(死亡發生率，依照國外報告統計約為十萬分之一)。但是若有下列情形者，發生過敏的機率會明顯增加。

- 1. 心、肺、血管疾病(心臟功能受損、高血壓、動脈硬化、肺氣腫)。
- 2. 肝硬化、肝功能不良者。
- 3. 腎臟功能不良、尿毒症者。
- 4. 氣喘患者。
- 5. 糖尿病超過五年以上。
- 6. 有過敏病史(包括曾注射『含碘質對比劑』引起反應，對食物及其他藥物、花粉或其他過敏原過敏者)。
- 7. 年紀較高且身體情況不良者(72 歲以上)。
- 8. 年紀較小(2 歲以下之嬰幼兒)。
- 9. 病危患者。

受檢者如有上述情況請於內打✓

受檢者或家屬請簽名：_____

未成年者(未滿 20 歲)請由法定代理人簽具同意書

※請詳閱本說明書，再決定是否簽檢查同意書※

國軍臺中總醫院放射科

對比劑施打前風險評估表

姓名：_____

身分證號碼：_____

出生日期：____年____月____日

※ 請您先閱讀以下問題，並完成已知項目，其餘部份由檢查室的醫師為您完成。

過去是否曾發生過敏的病史？ Allergy

- 無 (nil)
- 過去在施打對比劑時曾發生過敏現象 (previous contrast)，種類為：_____
- 對食物或藥物過敏 (food, drug, others)，種類為：_____
- 不清楚

禁忌症 Contraindication

- 無 (nil)
- 嚴重的甲狀腺亢進 (Severe hyperthyroidism)
- 嚴重的心臟衰竭 (De-compensated heart failure)
- 嚴重的肝腎症候群 (Severe hepato-renal dysfunction)
- 少尿或無尿 (Oligouria / anuria)

高風險評估 High risk Condition

- 無 (nil)
- 氣喘 (Asthma) 易過敏體質 (allergy constitution)
- 腎臟功能異常 (Renal dysfunction)
- 心血管疾病 (Cardiovascular disease)
- 肺動脈高壓 (Pulmonary hypertension)
- 腦部疾病 (Cerebral disease)
- 甲狀腺疾病 (Thyroid disease)
- 嗜鉻細胞瘤 (Pheochromocytoma)
- 正在服用美氟明類糖尿病藥物 (DM on Metformin)

最近三個月內的 Cre 值：_____ (mg/dL)

評估醫師：_____

日期： 年 月 日